FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° 9

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 novembre 1907, à 1 heure

Par L. BAZIN

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien interne des Hôpitaux d'Angers

ÉTUDE

SUR LES TUMEURS SOLIDES PRIMITIVES

DU MÉSENTÈRE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et GAUCHER, *professeurs.*
COUVELAIRE, *agrégé.*

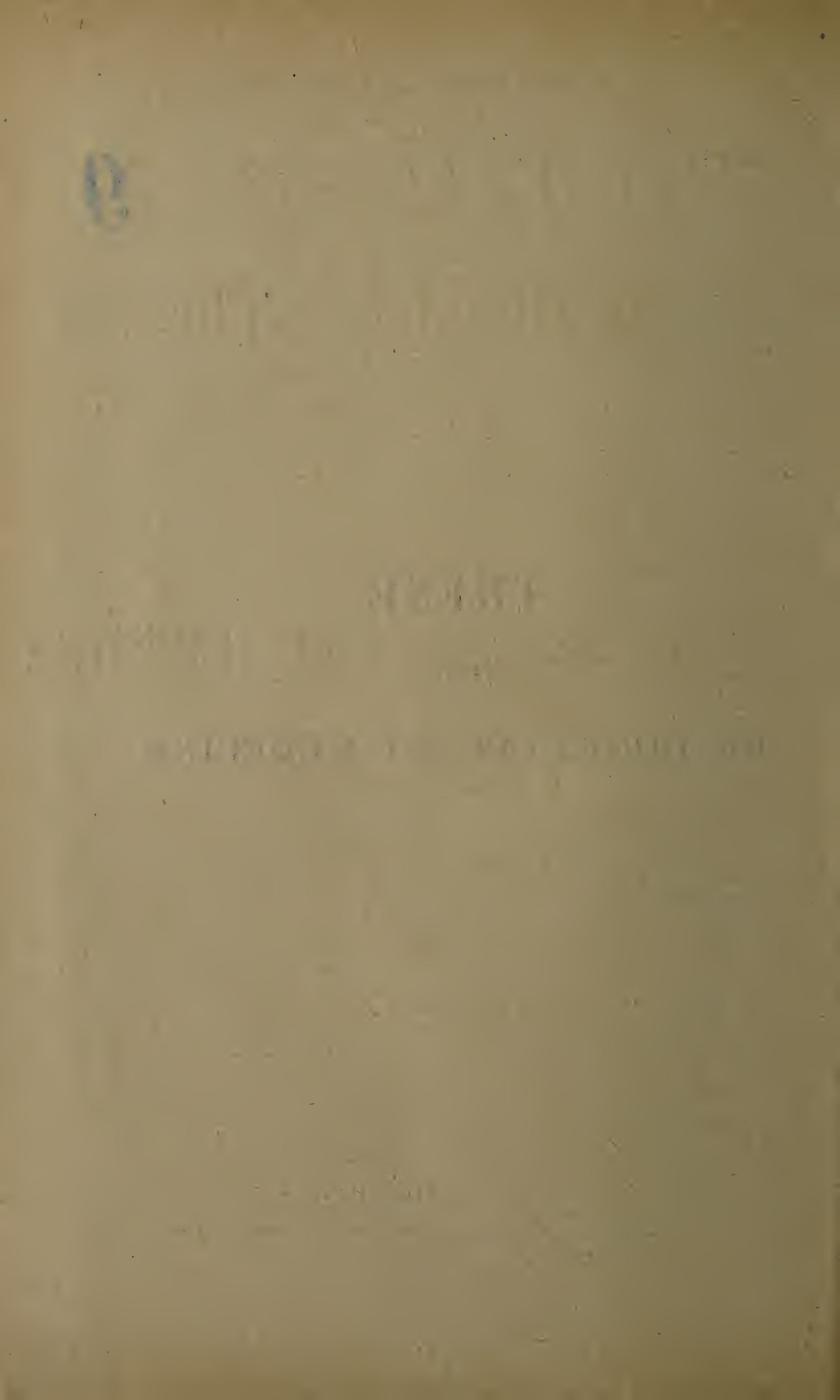
PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 6 novembre 1907, à 1 heure

Par **L. BAZIN**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien interne des Hôpitaux d'Angers

ÉTUDE

SUR LES TUMEURS SOLIDES PRIMITIVES

DU MÉSENTÈRE

Président : M. RECLUS, *professeur.*

Juges : MM. PINARD et GAUCHER, *professeurs.*
COUVELAIRE, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
—
1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SECOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND' MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES ET BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

En souvenir des heureuses années passées ensemble à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

Expression de ma sincère reconnaissance pour leurs savantes leçons et leur bienveillante sympathie.

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE EXTERNE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer cette année dans le service de notre maître le professeur Monprofit un myxome du mésentère ; la rareté de ce fait nous a engagé à publier cette observation : plusieurs cas de myxofibromes, myxo-sarcomes ont été publiés, mais nous n'en avons trouvé aucun de myxome pur du mésentère, et nous savons combien sont différents l'anatomie pathologique, et le pronostic de ces diverses tumeurs.

Nous n'aurions pas fait notre thèse sur ce seul cas si nous n'avions vu la ressemblançe de cette observation avec celle des tumeurs solides du mésentère en général, dont les observations, assez nombreuses, nous permettront de tirer des conclusions.

Nous étudierons donc :

Dans un premier chapitre l'anatomie et la physiologie du mésentère.

Le deuxième sera consacré à l'anatomie pathologique des myxomes du mésentère.

Dans le troisième nous exposerons la symptomatologie des tumeurs solides du mésentère et nous ferons le diagnostic de ces tumeurs d'avec les tumeurs abdominales et des différentes variétés des tumeurs mésentériques.

Enfin le pronostic et le traitement feront l'objet du quatrième chapitre.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à remercier les maîtres de l'École et de l'Hôtel-Dieu d'Angers qui nous ont dirigé dans le cours de nos études. Avec leur enseignement nous emportons le souvenir de la bienveillante sympathie qu'ils nous ont témoignée durant nos études.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Monprofit qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Nous prions M. le professeur Reclus, qui a bien voulu accepter de présider notre thèse, d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU MÉSENTERE

Le mésentère, d'une façon générale, est un double feuillet du péritoine qui enveloppe l'intestin grêle et le fixe au-devant de la colonne vertébrale tout en lui laissant une mobilité assez grande pour qu'il puisse flotter librement dans l'abdomen.

Ce double feuillet du péritoine parti de la face postérieure de la cavité abdominale se dirige vers l'intestin grêle et arrivé à son bord postérieur, il se sépare pour l'envelopper et se réunir sur son bord antérieur.

Considéré dans son ensemble, le mésentère affecte la forme d'un éventail dont la base ou bord libre répond au bord postérieur de l'intestin grêle et présente la même étendue que lui, c'est-à-dire environ huit mètres. Le sommet bien plus court s'étend obliquement de haut en bas depuis le côté gauche de la quatrième vertèbre lombaire ; il répond successivement au côté interne de la quatrième portion du duodénum, au duodénum lui-même qu'il croise en même temps que l'artère mésentérique au point de jonction de la troisième

et de la quatrième portion, à l'aorte abdominale, à la veine cave inférieure et aux vaisseaux iliaques primitifs du côté droit et se termine à peu près à la symphyse sacro-iliaque droite. Cette portion fixe du mésentère mesure 10 à 15 centimètres.

Il est facile de se rendre compte que les extrémités fixes et libres du mésentère n'ayant pas les mêmes dimensions, celui-ci doit être plissé et présenter la forme très spéciale que l'on compare à ces collerettes gaufrées qu'on portait au XVI[e] siècle.

La partie fixe du mésentère se dédouble également : le feuillet droit, après avoir revêtu de dedans en dehors la partie moyenne de l'aorte abdominale, la veine-cave inférieure, le rein droit, les artères et veines coliques droites, arrive à la portion ascendante du gros intestin constituée en bas par le cæcum, en haut par le côlon ascendant.

Le feuillet gauche du mésentère après avoir tapissé de même de dedans en dehors le muscle psoas, l'uretère, les vaisseaux spermatiques, la partie moyenne et inférieure du rein gauche, les vaisseaux iliaques gauches, arrive à la portion descendante du gros intestin.

Le péritoine pariétal formé par les deux feuillets droit et gauche du mésentère se réfléchit d'arrière en avant de bas en haut pour se porter sur le bord postérieur du côlon transverse ; il constitue ainsi le feuillet inférieur du mésocôlon transverse et le relie à la paroi abdominale postérieur.

Le mésentère se trouve donc encadré par un cercle formé par la continuité des replis qu'envoie le péri-

toine du gros intestin, le mésocæcum, le mésocôlon ascendant à droite, le mésocôlon transverse en haut, le mésocôlon descendant à gauche, le mésorectum en bas, et il se trouve en rapport avec les organes que recouvre le péritoine en quittant le mésentère pour aller former les mésocôlons.

On a vu jusqu'à présent que le mésentère formait le pédicule de l'intestin grêle, mais en plus, et cela est d'une grande importance au point de vue de la pathologie du mésentère, il peut être considéré comme le hile de l'intestin.

Les deux feuillets du péritoine sont en effet réunis par du tissu lâche et c'est dans ce tissu que passent les vaisseaux, les nerfs et les lymphatiques qui vont à l'intestin.

L'artère mésentérique supérieure, impaire et médiane, se détache de la face antérieure de l'aorte, elle se porte en arrière du pancréas, croise la face antérieure du duodénum, puis s'engage entre les deux feuillets péritonéaux ; elle descend dans la fosse iliaque droite en décrivant une courbe à concavité dirigée à droite.

Mais pour étendre son champ d'irrigation aux huit mètres d'intestin, elle envoie par sa convexité des branches qui se bifurquent et s'anastomosent entre elles formant ainsi jusqu'à quatre et cinq séries d'arcades superposées qui envoient des branches à l'intestin grêle.

De la face concave l'artère mésentérique envoie les artères coliques droites qui quittent le mésentère pour aller se jeter dans le mésocôlon ascendant.

Les veines présentent la même disposition que les artères.

Les l ymphatiques de l'intestin grêle ou chylifères s'échappent de son bord adhérent et cheminent entre les deux feuillets du repli mésentérique; ils aboutissent de ganglions en ganglions aux ganglions mésentériques postérieurs d'abord et finalement aux groupes ganglionnaires qui sont placés en avant de l'aorte et de la veine cave inférieure puis à la citerne de Pecquet.

Les nerfs qui fournissent à l'intestin les plexus d'Auerbach et de Meissner viennent du plexus solaire issu lui-même des ganglions semi-lunaires.

On peut déjà se rendre compte par cet exposé sommaire de la topographie du mésentère, de la gravité des troubles qu'apportent dans l'économie les tumeurs qui viennent à s'y développer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Depuis les travaux de Lancereaux, on sait que tout tissu ne peut donner naissance, même avec les transformations aussi profondes qu'on puisse supposer, qu'à des productions identiques à lui-même ; jamais une tumeur ne renfermera d'éléments étrangers à la constitution du tissu dans lequel elle est née. Cette loi a été formulée par M. Bard en ces termes : « omnis cellula e cellula ejusdem naturæ. » Le mésentère comme tous les autres tissus sera donc le point de départ d'autant de tumeurs qu'il entre d'éléments spéciaux dans sa structure. Cependant il faut savoir que les courants sanguins et lympathiques peuvent amener d'autres organes primitivement atteints, des néoplasmes de diverses natures qui se fixeront dans le mésentère — ou bien encore, comme le dit Augagneur, on peut admettre que certains débris paragerminaux restés par hasard inclus dans le mésentère puissent donner naissance à diverses productions kystiques et faire exception à la loi énoncée plus haut : mais les premières sont des tumeurs

secondaires, les autres sont pour ainsi dire accidentelles, aucune ne rentre dans le cadre de notre sujet.

La tumeur qui fait le sujet de notre thèse pèse 5 kilogr. 500. Comme aspect extérieur elle ressemble assez à un kyste de l'ovaire multiloculaire, présentant à sa face antéro-supérieure, si on la considère comme elle était placée dans l'abdomen, un certain nombre de bosselures peu prononcées.

Elle est incluse dans presque toute la hauteur du mésentère depuis la colonne dorso-lombaire jusqu'à trois ou quatre centimètres du bord postérieur de l'intestin grêle : elle se trouve donc entourée à sa partie antérieure par une longueur d'intestin de deux mètres qu'on a été obligé de réséquer, et dont le bout terminal se trouve à dix centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Sur une coupe on constate qu'elle est formée à sa partie inférieure par une grande cavité remplie de matière gélatineuse tremblotante ; au-dessus on remarque un certain nombre de petites loges séparées les unes des autres par une enveloppe assez mince et contenant macroscopiquement exactement la même substance.

M. le professeur Cornil, à l'examen microscopique, a constaté que la tumeur était « entièrement et exclusivement formée par du tissu myxomateux. La nature myxômateuse est affirmée par la forme ronde ou étoilée des cellules constituantes, par la présence de tissu myxomateux intermédiaire (comme le montrent les colorations au bleu de toluidine et au violet de Paris), enfin par les fibres élastiques et les vaisseaux adultes. »

La question qui se pose maintenant est de savoir quel est le tissu du mésentère qui a engendré cette tumeur. Il n'est guère permis que de faire des hypothèses à ce sujet.

On peut expliquer l'apparition du tissu myxomateux de deux façons :

1° Les cellules du tissu conjonctif adulte du mésentère subissent une régression qui les ramène au stade myxoformatif ; les autres éléments du tissu conjonctif disparaissent sauf les fibres élastiques.

2° Le tissu conjonctif subit une infiltration cellulaire dont les éléments présentent les caractères du tissu embryonnaire. Celui-ci évolue ensuite vers le stade myxoformatif.

Ces tumeurs, provenant du tissu conjonctif, se développent généralement vers la base du mésentère, plus ou moins près de la colonne vertébrale, ce qui explique leur plus ou moins grande mobilité. Ce lieu de prédilection du développement de la tumeur est dû à ce qu'à cet endroit, les feuillets du mésentère au niveau du pédicule renferment beaucoup plus de tissu conjonctif qui diminue en allant vers l'intestin : puis les feuillets du mésentère moins adhérent près du hile, permettent plus facilement le développement de la tumeur.

Mais après avoir pris naissance près du hile, le myxome, comme nous le voyons dans notre observation, se développe peu à peu et arrive à décoller le mésentère presque jusqu'à l'intestin.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des tumeurs solides du mésentère est loin d'être précise : par leur développement, leur position, leur consistance, leur évolution, elles sont susceptibles de produire les mêmes phénomènes, de donner à l'examen objectif les mêmes signes que beaucoup d'autres tumeurs de l'abdomen. Il suffit d'ailleurs de remarquer combien souvent elles ont été causes d'erreurs pour se rendre compte des difficultés de leur diagnostic.

Cependant, on peut dans l'état actuel de la science, non pas donner de signe pathognomonique, mais un certain nombre de symptômes, dont l'ensemble permettra parfois de savoir si on se trouve ou non en présence d'une tumeur solide du mésentère et même, en allant plus loin, déterminer quelle en est la nature. C'est ce que nous allons essayer d'étudier.

Début. — Le début des tumeurs du mésentère est très variable, il est certain qu'il y en a qui passent inaperçues durant toute la vie. Moynier cite dans les

Comptes rendus de la Société de biologie de 1850 le cas d'une femme qui vint à l'hôpital pour un cancer de l'utérus ; elle mourut au bout de peu de temps et l'on constata à l'autopsie une lipôme du mésentère qui était situé un peu au dehors et au-dessus du rein : elle n'avait jamais rien senti, ni éprouvé aucun phénomène qui pût en faire supposer l'existence.

Parfois, sans cause appréciable ou à la suite d'un choc, d'un mouvement brusque le malade présente les premiers symptômes qui peuvent appeler l'attention et qui sont assez souvent l'occlusion intestinale. Broca cite le cas d'une tumeur trouvée sur le cadavre d'un vieillard : il n'avait présenté comme symptôme que de la constipation à laquelle personne n'avait attaché d'importance ; il fut pris un jour de vomissements et le lendemain il mourait.

Le plus généralement le malade éprouve pendant longtemps dans l'abdomen une sorte de pesanteur, de légères douleurs qui augmentent peu à peu ; mais n'anticipons pas, nous retrouverons ces symptômes dans la période d'état, inutile d'y insister ici.

Période d'état. — La période d'état se manifeste par deux sortes de symptômes : les uns fonctionnels, les autres physiques.

Symptômes fonctionnels. — Le trouble qui s'installe généralement le premier, c'est la douleur. Péan dit dans son *Traité sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin* : « Un point important de l'histoire pathologique des tumeurs mésentériques est leur indolence et le peu de troubles fonctionnels qu'elles

causent malgré leur volume et leur poids parfois excessifs : il en résulte que leur évolution se fait en quelque sorte à l'état latent et sans altérer la santé générale. »
Quand Péan écrivit ces quelques lignes il avait sous les yeux plusieurs observations publiées par Watts, Spencer-Wells et par lui-même, où en effet les malades n'avaient éprouvé aucune douleur.

Plus récemment Brooklouse, dans le *British med. Journal* (1890), publie le cas d'un malade qui avait une tumeur du mésentère pesant treize livres et n'avait jamais éprouvé la moindre douleur. On en trouve d'autres exemples, mais en lisant les observations publiées il est facile de se rendre compte combien ils sont rares à côté de ceux où la douleur existe. Péan lui-même dans son *Traité de clinique chirurgicale* cite quelques années plus tard cinq observations qui démentent sa première assertion.

Où est localisée cette douleur ? — On la trouve généralement près de l'ombilic. Ceci s'explique non seulement par la situation habituelle de la tumeur sur la ligne médiane, mais aussi, quand elle est située ailleurs, par le tiraillement qu'elle exerce d'une façon plus ou moins directe sur les nerfs du mésentère et sur le plexus solaire. Mais on la trouve également localisée dans les flancs ou le bas-ventre ou même ailleurs, suivant la position de la tumeur. Arnott cite le cas d'une malade qui éprouvait de l'engourdissement, une vague douleur dans le membre inférieur droit : on trouva à l'autopsie une tumeur mésentérique dans la fosse iliaque de ce côté. Cette douleur est très variable, elle ne cause par-

fois qu'une simple gène, des tiraillements abdominaux mais ces douleurs peuvent empêcher aussi tout travail et devenir intolérables.

Rarement elles sont continues ou dans ce cas elles sont très légères, mais le plus souvent elles prennent la forme de paroxysme dû souvent à un mouvement qui change de position la tumeur. Et quand elle est fixée cette tumeur peut produire encore ces accès douloureux par son accroissement rapide de volume, par l'inflammation péritonéale qu'elle développe autour d'elle.

Prenons maintenant les uns après les autres les organes qui peuvent être troublés par le voisinage de la tumeur et voyons quels symptômes ils occasionnent. On les rencontre en grande partie dans nombre de tumeurs abdominales, mais certains ressortent plus spécialement de l'enclavement de la tumeur dans le mésentère.

Appareil digestif. — C'est du côté de l'appareil digestif que l'on trouve les symptômes les plus fréquents.

On trouve très souvent une dyspepsie assez intense : les malades ont de l'anorexie et souvent même ils vomissent le peu d'aliments qu'ils prennent : cela est dû à la compression de la tumeur sur les vaisseaux et les nerfs qui vont à l'intestin, qui empêche le bon fonctionnement de ses glandes et par réflexe celles de l'estomac. La conséquence de cette dyspepsie est l'amaigrissement énorme des malades et la perte des forces qui les mènent rapidement vers la cachexie dont beaucoup meurent.

On peut pour la même cause expliquer la constipation que l'on rencontre si fréquemment mais que l'on n'a cependant pas constaté chez notre malade.

Il ne faut pas confondre les vomissements dont nous avons parlé plus haut avec ceux qui sont dus à une véritable obstruction intestinale et qui en présentent d'ailleurs tous les caractères : vomissements alimentaires puis bilieux et fécaloïdes avec arrêt complet des matières et des gaz, et ballonnement du ventre. Cette obstruction n'est souvent que passagère : Roux cita au Congrès de chirurgie (1903), l'observation d'un homme de 41 ans : qui avait environ trois ou quatre crises d'obstruction par an durant trois ou quatre jours ; une fois même elle ne disparut qu'au quatorzième jour.

Elles sont dues vraisemblablement à ce qu'une tumeur mésentérique même petite peut couder l'intestin et enfermer complètement la lumière ; c'est en se déplaçant qu'elle produit ces alternatives dans le fonctionnement du tube digestif.

Mais parfois ces obstructions aboutissent à la mort : Ladmiral publie l'observation d'un malade de 60 ans qui eut des vomissements abondants et réitérés ; ils cessèrent quelques jours puis reprirent et le malade mourut.

Nous avons déjà cité le cas d'un homme qui mourut à la première crise et en vingt-quatre heures.

Appareil respiratoire. — Les tumeurs du mésentère viennent également troubler le fonctionnement de l'appareil respiratoire. Cooper Foster cite le cas d'un malade ayant un lipome du mésentère très volumineux

et adhérent au diaphragme, les arcs costaux étaient considérablement augmentés de volume, la voûte du diaphragme s'élevait jusqu'au bord inférieur de la troisième côte ; les poumons étaient : le gauche, œdématié, celui du côté droit très comprimé et atelectasié, mais il était cependant crépitant. La tumeur, il est vrai, pesait 55 livres. Ce sont des cas exceptionnels, mais on voit dans les observations des tumeurs moins volumineuses produire de la gène de la respiration se traduisant par de la diminution de la respiration à la base du poumon et des râles sous-crépitants ou même la présence de liquide dans la plèvre.

Cette gêne respiratoire n'existe d'ailleurs que quand la tumeur est située très haut et elle est alors généralement accompagnée de gène circulatoire. Dans le *Bulletin de l'Académie Royale de médecine* de Belgique, le Dr Lauwers publie un cas où la pointe du cœur battait dans le troisième espace intercostal ; la circulation veineuse collatérale de l'abdomen était assez nettement marquée, et il existait une cyanose générale très prononcée : les jugulaires étaient le siège de pulsations énergiques ; il existait une tumeur qui refoulait le cœur à travers le diaphragme.

Mais le plus souvent ce n'est pas sur le cœur qu'agit la tumeur, c'est sur les vaisseaux de l'abdomen, en particulier la veine cave inférieure : ceci explique d'ailleurs l'œdème et le grand développement que l'on remarque assez souvent, des veines dans la paroi abdominale, la circulation profonde étant gênée, le sang se fraie une voie dans les veines superficielles.

La compression des veines pourra également expliquer l'ascite, mais celle-ci est rare ; du moins, elle reconnaît rarement une cause mécanique, c'est plutôt la nature de la tumeur qui entre en jeu dans la production de l'ascite, on n'en trouve en effet que dans les cas de sarcome, ou autre tumeur maligne du mésentère, comme tendrait à le confirmer une observation de Terrier d'un myxosarcome, avec l'ascite et absence de circulation collatérale, ou d'œdème des membres.

Dans *The Lancet* (avril 1882), on rapporte l'observation d'une tumeur maligne mésentérique d'un poids de 20 livres à peu près, ayant produit beaucoup d'ascite alors que l'on voit des lipomes de 40 livres n'en donnant pas traces.

Du côté de l'appareil urinaire on trouve quelques cas de pollakyurie due à la compression ou à l'adhérence de la tumeur à la vessie. Rien du côté des urines. On ne remarque généralement rien du côté des autres organes. Mais assez rapidement il se produit une altération générale très marquée. Le facies de ces malades peut être comparé avec raison au facies ovarique, on constate une émaciation extrême, le visage s'étire, le nez s'effile, l'œil s'enfonce dans l'orbite, la physionomie prend le masque d'une sénilité anticipée.

Examen physique. — L'examen des tumeurs du mésentère est d'une façon générale assez difficile : pour peu que le sujet ait un certain embonpoint, ou que les muscles de la paroi abdominale soient contractés et empêchent la palpation profonde, il devient alors extrêmement délicat. Il faudra donc mettre le sujet

dans la meilleure position pour l'examen: décubitus dorsal, jambes fléchies sur le bassin; si par ce procédé on ne pouvait obtenir un relâchement suffisant de la paroi abdominale, il serait utile de recourir au chloroforme. Certains chirurgiens ajoutent même qu'il ne faut pas craindre de faire une incision exploratrice, car il est parfois impossible de juger par un simple examen externe si la tumeur est opérable ou non : combien de gens que l'on croyait voués à une mort certaine ont été sauvés grâce à cet examen plus profond de la tumeur qu'on jugeait très maligne et inopérable. Du reste le chirurgien ne fera cette incision exploratrice qu'en prenant toutes les précautions d'asepsie rigoureuse et étant bien armé pour pratiquer, si le cas est favorable, l'extraction complète de la tumeur : faite dans de telles conditions une laparotomie ne présente aucun danger et peut devenir le premier temps d'une opération curative.

On fait l'incision sur la ligne médiane. Cette incision doit être assez grande pour pouvoir permettre l'introduction de la main. On peut alors explorer la cavité abdominale, se rendre compte des adhérences de la tumeur avec les organes voisins ; une simple incision sans exploration ne donnerait que des renseignements insuffisants et obligerait à la faire beaucoup plus longue, ce qui prédisposerait à l'éventration qu'il faut éviter si l'on ne doit pas faire l'opération.

Cependant avant d'en arriver là il faut faire l'examen de la malade.

Inspection. — Dans une étude de tumeur du mésen-

tère publiée dans les *Archives de médecine*, Braquehaye fit ressortir quelques signes particuliers qui peuvent aider au diagnostic de ces tumeurs : 1° le maximum de la saillie près de l'ombilic ; 2° la forme du ventre qui se distingue nettement de la forme du ventre en batracien ; 3° le non déplissement de la cicatrice ombilicale ; 4° enfin, si au crayon dermographique on marque le point culminant de l'abdomen, on voit que les rapports de ce point avec la paroi changent pendant les grandes inspirations, bien que la tumeur s'abaisse très peu. Mais il ne faut pas oublier que ces symptômes manquent souvent et qu'on peut les trouver dans d'autres tumeurs de l'abdomen.

Certes, quand la tumeur est volumineuse on la trouve généralement près de l'ombilic, mais il est fréquent de la rencontrer dans les fosses iliaques surtout du côté droit et même dans l'hypocondre près du rein.

Péan et Magdelung ont également attaché de l'importance à la forme du ventre qui serait pointé en avant, les flancs n'étant pas plus développés qu'à l'état normal : ce signe se rencontre souvent car on trouve rarement d'ascite avec les tumeurs du mésentère.

Mobilité. — Un autre symptôme plus important est la mobilité. Tillaux rappelait que « le mésentère occupe la ligne médiane et présente une grande mobilité. J'engage le praticien, disait-il, à se pénétrer de ces quelques détails anatomiques, car ce sont eux qui doivent fournir les principaux, même les seuls éléments du diagnostic différentiel. »

Terrier rapporte une observation où la malade ra-

conte elle-même qu'elle avait nettement une sensation de quelque chose de mobile, se déplaçant chaque fois qu'elle faisait un mouvement. Ceci d'ailleurs s'explique très bien si l'on songe à la mobilité du repli mésentérique, cette mobilité est presque constante au commencement de l'évolution de la tumeur, et cette mobilité sera d'autant plus grande que la tumeur aura pris naissance plus loin du rachis, mais à mesure que la tumeur augmentera de volume et qu'elle formera avec le péritoine ou les organes voisins des adhérences, elle se fixera peu à peu jusqu'à s'immobiliser complètement.

La direction et la hauteur du mésentère expliquent également que la mobilité est surtout prononcée dans le sens horizontal.

Percussion. — Un autre signe très important est fourni par la percussion. La percussion, d'après Tillaux, serait le symptôme le plus précis qui permettrait de faire le diagnostic des tumeurs du mésentère : elle montre une partie sonore plus ou moins étendue, au devant de la tumeur ; en voici l'explication :

La tumeur se développant entre les deux feuillets du mésentère pousse en avant d'elle une ou deux anses intestinales : celles-ci viennent s'appliquer entre la tumeur et la paroi abdominale. Lorsque ces anses intestinales sont remplies de gaz, elles forment une zone de sonorité facile à reconnaître. Certes ce signe n'est pas constant, mais quand il existe, il a une très grande valeur. On peut d'ailleurs distendre l'intestin en faisant

prendre un lavement gazeux ou des substances capables de produire des gaz.

Ce signe n'a été signalé qu'une fois par le Dr Colle, chef de clinique du professeur Follet, de Lille.

Il peut être remplacé par un autre de même nature, indiqué par Augagneur, mais qui nous sera donné par la palpation : c'est la sensation de corde qu'on perçoit au-devant de la tumeur et qui est due à la contraction de l'intestin.

La palpation nous fournit encore quelques notions sur la forme et la consistance de la tumeur mésentérique et peut nous servir pour diagnostiquer à quelle espèce elle appartient, comme nous le verrons plus loin. Elle nous indiquera quelle est sa mobilité, ses rapports avec les autres organes.

Le toucher vaginal ne donne, dans les cas ordinaires, que des renseignements négatifs ; cependant il est utile de le faire et si l'on sent une tumeur on doit apprécier quels sont ses rapports avec l'utérus.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic des tumeurs solides du mésentère, comporte deux parties: reconnaître que le néoplasme a son siège dans le mésentère, déterminer ensuite la nature de la tumeur.

Mais avant l'apparition de la tumeur peut-on savoir si les symptômes qui apparaissent au début peuvent faire soupçonner la présence d'une tumeur mésentérique ?

Les symptômes qu'elle provoque le plus souvent au début sont la douleur, la constipation et l'occlusion intestinale.

La douleur n'a pas de caractère bien spécial si ce n'est la localisation à l'ombilic; et rarement elle fait penser à une tumeur mésentérique et sera attribuée à tout autre cause telle une colique hépatique, ou colique néphrétique dont les symptômes sont parfois très peu nets.

La constipation est un phénomène tellement banal

qu'il ne peut guère compter que pour confirmer le diagnostic.

Quant à l'occlusion intestinale, le volvulus, l'invagination peuvent produire les mêmes symptômes, et l'évolution de la maladie en l'absence de tout autre signe pourra seule trancher le diagnostic.

Quand la tumeur est palpable, il faut d'abord se demander si elle est pariétale ou abdominale.

Pour cela, « mettez, dit Tillaux, le malade dans la position horizontale, la paroi abdominale étant bien relâchée, saisissez la tumeur et imprimez-lui des mouvements : vous la trouverez mobile : ordonnez alors au malade de se mettre sur son séant et opposez-vous à ce mouvement en appliquant une main au-devant de la poitrine : la paroi abdominale se transforme aussitôt en un plan résistant, si à ce moment, la tumeur continue à être mobilisable sous la peau, c'est qu'elle est sous-cutanée. »

Nous ne ferons pas le diagnostic différentiel de toutes les tumeurs que l'on peut confondre avec celles du mésentère, il faudrait passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen, nous examinerons seulement celles qui ont été causes d'erreur de diagnostic.

Voyons d'abord quels sont les symptômes qui caractérisent le mieux les tumeurs solides du mésentère.

Comme symptômes fonctionnels nous ne retiendrons que les troubles digestifs avec vomissements et la cachexie que l'on rencontre si fréquemment, et encore là il faut avoir recours au signes physiques qui nous diront s'il n'y a pas un organe atteint d'une néopla-

sie maligne capable de donner les mêmes symptômes.

Quant aux symptômes physiques : si vous trouvez, dit Tillaux, à votre tumeur les trois signes suivants :

1° Situation sur la ligne médiane.

2° Mobilité dans tous les sens et surtout de droite à gauche ;

3° Zone de sonorité à la percussion en avant et au-dessous de la tumeur, la tumeur doit être rattachée au mésentère.

Ces signes qui au point de vue théorique paraissent avoir une grande valeur perdent beaucoup d'intérêt dans la pratique; car on les trouve rarement associés, souvent même on n'en trouve aucun.

Nous avons déjà vu combien peu souvent on trouvait de la sonorité en avant de la tumeur, il est vrai qu'on peut la provoquer, ou sentir la corde que forme l'intestin au-devant d'elle.

La mobilité présente une plus grande importance au point de vue diagnostic, aucun néoplasme abdominal ne saurait se déplacer aussi facilement qu'une tumeur du mésentère, mais cette mobilité diminue à mesure que la tumeur augmente et quand le médecin est consulté, elle n'existe souvent plus : encore là peut-il être renseigné par la malade qui aurait pu remaquer les mouvements possibles de sa grossesse.

Quant à la situation près de l'ombilic, si elle est fréquente au début du développement de la tumeur, le médecin n'est pas souvent à même de la constater et quand elle atteint un certain volume elle ressemble alors à nombre de tumeurs de l'abdomen.

Kyste de l'ovaire. — C'est avec le kyste de l'ovaire que l'erreur de diagnostic a été faite le plus souvent : la ponction serait d'un grand secours mais l'utilité qu'on pourrait en retirer ne vaut pas le danger que l'on peut faire courir au malade.

Le kyste de l'ovaire peut présenter une certaine mobilité transversale, mais pas aussi étendue qu'une tumeur du mésentère, elle se transmet d'ailleurs aux organes du petit bassin, ce qu'on peut constater par le toucher vaginal. Quand la tumeur est de haut en bas, c'est une tumeur du mésentère volumineuse, la malade vous dit que la tumeur a débuté vers le milieu de l'abdomen, qu'elle s'est développée de bas en haut si c'est un kyste de l'ovaire.

On peut d'ailleurs faire la même remarque pour toutes les tumeurs du petit bassin.

Tumeurs du foie. — Le Dr Lauwers, dans le *Bulletin de l'Académie Royale* de Belgique, 1890, a publié un cas de lipome du mésentère où la tumeur a été prise pour un néoplasme du foie : un enfant de 7 ans portait dans l'hypocondre droit une tumeur mate, lisse, s'engageant sous le rebord costal et paraissant faire corps avec le foie. Il est certain que quand la tumeur est placée comme celle-ci sous le foie, non mobilisable, quand il n'y a pas de zone sonore entre les deux masses, le diagnostic est difficile. Ce qui peut aider au diagnostic c'est le bon ou mauvais fonctionnement de l'organe, si les voies digestives sont en parfait état, si le malade digère bien les graisses, s'il n'a pas de trouble du côté de la sécrétion ou de l'excrétion de la bile, ni de la circula-

tion porte (absence d'ascite, d'œdème), on peut rejeter le diagnostic de tumeur du foie sauf cependant dans le cas de kyste hydatique dans lequel cas l'incision exploratrice donnera la clef du diagnostic.

Tumeur du rein. — Les tumeurs du rein peuvent présenter comme caractère identique à celui d'une tumeur du mésentère, de la sonorité au-devant d'elle, sonorité produite par le côlon ascendant ou transversal, il faudra alors tirer le diagnostic des antécédents rénaux, des roubles de la miction, de l'analyse des urines.

Rein mobile. — Le rein mobile fuit facilement sous le doigt, il est réductible dans les fosses lombaires, mais il ne se déplace pas sur une aussi grande étendue qu'une tumeur mésentérique et présente une forme assez caractéristique. Il peut donner lieu à des symptômes simulant l'étranglement intestinal et qu'on a d'ailleurs appelés étranglement rénal, mais la dysurie et même l'anurie qu'on observe pendant la crise, la débâcle urinaire qui la suit suffisent à établir le diagnostic.

DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE LA TUMEUR

Quand on est arrivé à porter le diagnostic de tumeur du mésentère, il faudrait faire celui de la variété ; le plus souvent, il est impossible, on peut cependant y parvenir dans quelques cas en se basant sur les quelques signes que nous avons tirés des observations publiées.

A la palpation d'un fibrôme on sent une tumeur lisse, résistante, parfois quelques saillies, en un mot on a une sensation analogue à celle des fibrômes utérins.

Les kystes présentent une forme lisse et arrondie, mais ils sont nettement fluctuants, on peut surtout les confondre avec les fibrômes qui eux offrent très souvent une fausse fluctuation et l'erreur a été commise nombre de fois.

Cependant Terrier, après avoir fait une erreur de diagnostic d'un lipome du mésentère, affirme qu'ils offrent une sensation très spéciale facile à reconnaître quand on en a palpé un.

Le lipome est de plus très souvent formé par plu-

sieurs tumeurs que l'on peut trouver à la palpation dans différentes parties de l'abdomen.

Le diagnostic différentiel avec le sarcome sera plus facile à établir, car les malades porteurs de cette espèce de tumeur offrent rapidement les signes de cachexie plus ou moins profonds avec la teinte jaune paille des cancéreux. Sa consistance n'est ni molle, ni fluctuante, mais pâteuse, sa surface n'est pas lisse, mais comme lobulée.

Terrillon insiste, pour faire le diagnostic, sur la ponction aspiratrice ; elle donne du liquide dans les kystes, dans le sarcome quelques gouttes de sang, le lipome donne exceptionnellement du sang à cause de son peu de vascularité.

Le myxome du mésentère ressemble beaucoup à un kyste de l'ovaire multiloculaire.

La ponction n'est d'ailleurs pas d'une grande utilité outre le danger que l'on a de traverser une anse intestinale, la présence d'une tumeur abdominale, indique formellement l'intervention chirurgicale quelle que soit la nature de cette tumeur.

Observation.

Présentée au XXe Congrès français de chirurgie (1907)
par M. le professeur MONPROFIT.

La nommée L... Marie, âgée de 63 ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien d'intéressant à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 14 ans, régulièrement. Elle a eu deux enfants : un à 22 ans ; le deuxième à 26 ans. Les accouchements ont été normaux, les enfants sont vivants et bien portants.

La malade a toujours été bien réglée pendant toute sa période menstruelle, elle a eu sa ménopause à 50 ans.

Avant et depuis sa ménopause la malade n'a jamais eu de pertes, ni rouges, ni blanches.

Depuis six mois environ elle dit souffrir dans le ventre, ces douleurs s'exagèrent dans la station debout et surtout quand elle marche.

Depuis ce moment elle remarque que son ventre grossit peu à peu.

Depuis trois mois les douleurs deviennent plus aiguës, quand elle travaille et elles s'irradient du côté des reins.

Son ventre augmente alors plus rapidement de volume pour atteindre les dimensions actuelles.

État actuel. — État général excellent. La malade n'a pas maigri. Elle souffre dans le ventre de douleurs assez vives avec exacerbations intermittentes.

Elle va bien à la selle. Urines normales: ni sucre ni albumine.

Examen du ventre. Le ventre est très augmenté de volume, la peau paraît très tendue, l'ombilic n'est pas déplissé: pas de circulation veineuse exagérée, le ventre n'est pas étalé.

A la palpation on constate que l'abdomen est rempli par une tumeur arrondie, présentant à peu près le volume d'une grossesse de huit mois, de consistance uniformément molle, mais non fluctuante.

Cette masse présente une mobilité remarquable dans le sens transversal, peu de mobilité de haut en bas.

Cependant, la malade étant mise sur le plan incliné et renversée la tête en bas, la tumeur se déplace manifestement vers la région diaphragmatique.

A la percussion, matité absolue au niveau de toute cette masse; sonorité autour, pas de matité dans les flancs. Le toucher vaginal décèle un col normal, un peu élevé, les mouvements transmis à la masse ne se communiquent pas à l'utérus. Les culs-de-sac sont libres.

Rien d'anormal aux autres organes.

Intervention le 11 juin 1907. Chloroforme. Lavage de la paroi au savon, alcool, oxycyanure de mercure.

Incision sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic.

Ouverture de la cavité abdominale: on aperçoit alors une masse arrondie incluse dans le mèsentère.

L'intestin grêle passe en écharpe devant la tumeur partant de sa partie supérieure gauche, passant sur son milieu et venant

jusqu'à sa partie inférieure droite. Le mésentère est presque complètement dédoublé.

L'idée de faire l'énucléation de la tumeur en dédoublant le mésentère et en conservant l'intestin est aussitôt rejetée et on décide de faire la résection de toute l'anse adhérente à la tumeur. Cette anse se trouve être la terminaison de l'iléon : car on voit le cœcum à 10 centimètres au-dessous du point où l'intestin grêle redevient libre.

La longueur d'intestin à enlever paraît considérable ; elle est évaluée approximativement à un mètre cinquante, mais après l'ablation, elle se trouve être de deux mètres.

Premier temps. — Pincement de l'intestin à gauche, section et enveloppement des deux bouts avec des compresses.

Section du mésentère jusqu'à son insertion sur la tumeur.

Section de la lèvre péritonéale en avant et en arrière de la tumeur. Décollement de la tumeur. Hémostase.

Section de l'autre bout de l'intestin.

On enlève la tumeur avec l'intestin qui lui adhère.

Deuxième temps. — Ligature des gros vaisseaux ; après que la tumeur a été enlevée, il reste une collerette péritonéale qui contient à sa partie supérieure de très gros vaisseaux.

On fait un premier surjet sur la collerette pour la fermer complètement, puis un deuxième surjet. On ferme ainsi complètement l'emplacement de la tumeur.

Troisième temps. — Anastomose intestinale.

On ferme les deux bouts de l'intestin par deux surjets; premier surjet pénétrant total ; deuxième surjet séro-musculaire. Puis on pratique l'abouchement latéral. On approche les deux bouts. Incision longitudinale de 5 à 6 centimètres (séro-musculaire) ; premier surjet séro-musculaire postérieur ; ouverture

de l'intestin ; deuxième surjet muco-muqueux postérieur ; premier surjet pénétrant total antérieur ; deuxième surget séro-musculaire antérieur. On vérifie les sutures.

On passe un fil en coulisse sur le mésentère reformé et on le serre de façon à fermer la brêche existant entre les deux bouts de l'intestin sectionné. On rentre l'intestin dans le ventre. Suture de la paroi abdominale en deux plans profonds aux crins de Florence. Lavage, pansement.

Suites opératoires. — Réveil facile. Dans l'après-midi la malade souffre très peu. Elle est calme et passe une bonne nuit; deux vomissements.

Le lendemain, lavement suivi de gaz abondants. La malade se trouve très bien, ne souffre pas. Elle prend un peu de lait urine seule. Le soir et la nuit, plusieurs selles abondantes en diarrhée.

Deuxième jour. — Rien, ventre souple.

Alimentation : lait, laitages, pas de vomissement. Cinq à six selles en diarrhée. Le soir on prescrit 0 gr. 02 d'extrait d'opium.

Troisième jour. — La diarrhée persiste. Huit selles en vingt-quatre heures. On supprime l'alimentation. On ne donne à la malade que du thé au rhum. Le soir 0 gr. 04 d'extrait d'opium. La malade n'a pas de coliques.

Quatrième jour. — La diarrhée diminue. Dans la nuit une seule selle. Dans la journée deux selles demi-liquides. On donne à la malade des laitages.

Cinquième jour. — Trois selles en diarrhée dans la nuit. Pas de coliques; quand la malade rend des gaz, elle expulse un peu de matières fécales liquides. Lait, laitages, peu de pain. Elle ne souffre nullement et présente un état général parfait.

Dans la journée, elle a eu trois selles en diarrhée. Le soir, 0 gr. 02 d'extrait d'opium.

Sixième jour. — Dans la nuit pas de selle. Dans la journée deux selles en diarrhée, mais peu abondantes. La malade a expulsé des gaz. Alimentation : lait, laitages, œuf, pain ; boisson : thé.

Septième jour. — Dans la nuit une selle demi-liquide. Dans la journée une selle demi-liquide. Pas de coliques. Alimentation : lait, laitages, œufs, purée, pain ; boisson : thé.

Huitième jour. — Dans la nuit une selle qui perd ses caractères diarrhéiformes et devient molle. Elle prend une couleur brune au lieu de jaune que les selles avaient avant. Dans la journée une selle de même nature que les précédentes. La malade augmente son alimentation, cervelle. Journée parfaite.

Neuvième jour. — Dans les vingt-quatre heures, deux selles molles. Alimentation : lait, cervelle, laitages, pain ; boisson : thé.

Dixième jour. — Deux selles en vingt-quatre heures analogues à celle de la veille.

On enlève les fils. Plaie refermée sans aucune réaction inflammatoire.

Alimentation : un bouillon, lait, laitages, cervelle, pain ; boisson : thé.

Onzième jour. — Trois selles en vingt-quatre heures, consistance molle, couleur brune. Alimentation : bouillon, œufs, laitages, viande rôtie, pain ; boisson : thé.

Douzième jour. — Deux selles dans les vingt-quatre heures. Alimentation normale ; boisson : thé.

Treizième jour. — Deux selles dans les vingt-quatre heures. Alimentation ordinaire : pain, viande ; boisson : thé.

Quatorzième jour. — Dans la nuit pas de selle. Dans la journée deux selles demi-molles.

Alimentation ordinaire; boisson : eau rougie.

Quinzième jour. — Dans la journée trois selles.

Alimentation ordinaire; boisson : vin et eau.

Seizième jour. — Dans la journée deux selles.

Alimentation ordinaire ; thé, vin et eau.

La malade se lève. État général excellent.

Dix-septième jour. — Trois selles dans les vingt-quatre heures.

Alimentation ordinaire; boisson : thé, vin.

Dix-huitième jour. — Une selle dans la nuit, molle.

Deux selles dans la journée.

Alimentation ordinaire; boisson : vin et eau.

Dix-neuvième jour. — La malade sort le 30 juin 1907.

Elle conserve cette légère diarrhée pendant trois semaines après l'opération. Actuellement elle se porte très bien et n'a plus de diarrhée.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des tumeurs du mésentère même en exceptant les tumeurs malignes, est très grave : le malade arrive presque fatalement à la cachexie, et nous avons déjà vu pour quelles raisons, dans un espace de temps relativement court. Et en dehors de cette évolution normale, il en est d'autres qui meurent en quelques jours de complications dont la plus fréquente est certes l'obstruction intestinale.

Il faut donc et le plus rapidement possible enrayer cette évolution : il n'y a pas à compter sur les moyens médicaux : c'est à l'opération qu'il faut recourir.

Cela paraît être une indication formelle et cependant ce n'est pas l'opinion de tous les chirurgiens. Péan dit que si le volume de la tumeur est encore petit, s'il n'y a que très peu d'accidents par compression, il faut s'abstenir de toute intervention.

Terrier lui-même admet « que le pronostic est aussi grave que celui des tumeurs malignes et cela pour deux raisons : à cause de leur poids qui peut attein-

dre jusqu'à 25 kgr. 500, elles sont un obstacle aux fonctions digestives et respiratoires. De plus elles exercent des compressions fâcheuses sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'intestin d'où, affirme-t-on, gène considérable de l'absorption, se traduisant par de la constipation ou de la diarrhée, de l'amaigrissement, de la perte des forces, une cachexie progressive qui finit par aboutir à la mort ; néanmoins, si ce sombre tableau s'applique aux très grosses tumeurs, il n'en est pas de même pour celles d'un moyen volume. Dans ce cas le pronostic est relativement bénin, et cela doit rendre le chirurgien très réservé dans son opération. »

Ces auteurs ont été influencés dans leur opinion par les résultats funestes des opérations de tumeurs mésentériques ; certes ils ne sont pas faits pour engager le chirurgien à opérer, huit sur dix des opérés meurent. Mais d'un autre côté il est certain que l'évolution de ces tumeurs est presque fatale et même rapide : « Nous ne possédons pas un seul fait de lipôme resté stationnaire et tous ceux que nous connaissons ont amené la mort dans un délai moyen de trois années », dit Augagneur, et il ajoute que vu leur influence sur la santé générale, l'intervention doit être aussi précoce que possible.

C'est également l'opinion de Tillaux : « Ils sont passibles d'une opération radicale qui seule peut sauver quelques malades voués à une mort certaine. »

Il paraît au premier abord difficile, en présence d'opinions si dissemblables de maîtres également autorisés, de savoir quelle conduite tenir en présence d'une tumeur du mésentère.

Cependant examinons pourquoi les résultats sont souvent si fâcheux et nous verrons qu'il serait possible d'avoir une meilleure statistique.

Il faut d'abord faire une différence entre les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes. Il est certain que si l'on fait le diagnostic du sarcome, du mésentère, il vaudra mieux s'abstenir de toute opération en supposant même que l'opération aurait quelques chances de succès, ce qui est peu probable, la récidive serait rapide.

On pourrait dire pour les tumeurs bénignes du mésentère ce qu'on a dit à propos de tumeurs malignes : les malades n'ont souvent pas la force de supporter l'opération, ils sont opérés trop tard, et voilà pourquoi ils succombent : l'opération n'arrête pas leur mal, et ils continuent à mourir.

On voit en effet dans la plupart des observations d'opérés que le malade avait beaucoup maigri, qu'il avait un aspect cachectique.

La méthode opératoire si souvent employée : l'énucléation ; augmente la gravité de l'opération. Ce procédé est tout indiqué quand la tumeur est petite et peu adhérente : dans ce cas, l'opération est simple et rapide, elle doit toujours réussir car elle ne produit aucun dégât sérieux et de plus la malade est opérée avant que la tumeur n'ait produit de symptômes graves.

Il n'en est plus de même quand la tumeur est volumineuse : il faut pour l'énucléer déchirer beaucoup de nerfs et de vaisseaux qui sont utiles au bon fonctionnement de l'intestin. « Je crois, dit Kœberlé de Strasbourg que les opérations relatives aux tumeurs du mésentère

qui comprennent une quantité considérable de vaisseaux chylifères ou sanguins, peuvent donner lieu à des complications par leur section ou leur incision et exiger dans certains cas l'incision partielle de l'intestin correspondant. »

Terrillon a énucléé un lipo-myxome du mésentère de 57 livres à un malade de 35 ans qui mourut de diarrhée incoercible au trente-deuxième jour.

Il ne faut pas non plus négliger les tiraillements que l'on est obligé d'exercer sur les nerfs et en particulier sur le plexus solaire, « le cerveau de l'abdomen » des anciens. Cette opération est d'ailleurs généralement très longue ; on en cite qui ont duré trois heures et plus, ce qui diminue encore les chances de succès.

Pour diminuer la durée de l'opération, pour éviter quelques difficultés, on s'est contenté d'énucléer une partie de la tumeur et de laisser la partie trop adhérente, mais c'est là un procédé bâtard qui a le plus grand défaut de laisser une partie de la tumeur qui peut se développer.

Le mode opératoire que M. le professeur Monprofit a employé après d'autres d'ailleurs est certainement le plus simple et le moins dangereux.

Le seul reproche qu'on lui ait fait c'est que les malades à qui l'on résèque de l'intestin présentent une « diarrhée rebelle ».

Cette assertion est facile à réfuter : il suffit de citer l'observation d'un malade à qui M. le professeur Monprofit a réséqué trois mètres d'intestin et dont la diarrhée a disparu au bout de quatre mois. Notre malade n'a

eu de la diarrhée que pendant trois semaines. Le Dr Lance, dans sa thèse sur l'étude clinique de l'exclusion de l'intestin, a montré par de nombreux faits que même dans de longues résections intestinales le malade ne mourait pas d'inanition, ni de diarrhée, si l'on remarquait parfois de l'intolérance pour certains aliments, il s'établissait rapidement un suppléance et le malade s'habituait peu à peu à digérer toute espèce de nourriture.

TRAITEMENT

I. — **Enucléation.** — Cette opération ne vaut, comme nous l'avons déjà dit, qu'autant que la tumeur est petite.

On ouvre le ventre, on incise le mesentère sur le milieu de la tumeur en ayant soin d'éviter les gros vaisseaux puis avec le doigt ou un instrument mousse on décortique le mésentère tout autour de la tumeur en ayant soin de lier les vaisseaux sectionnés. La tumeur énuléée on peut laisser les feuillets du mésentère s'accoler ou les suturer si les deux bords ne s'affrontent pas suffisamment.

On peut cependant le faire pour des tumeurs plus volumineuses ainsi que l'a pratiqué le Dr Heurteaux, de Nantes, qui est arrivé à énucléer avec succès un myxôme lipomateux du mésentère pesant 6 kg. 50.

« A l'ouverture du ventre on trouve une masse qui occupe le centre, et à la périphérie plusieurs autres moins développées : l'une d'elle est située en bas ; les deux autres occupent la région épigastrique.

« La masse principale est tout d'abord attaquée. Le feuillet séreux étant décollable à la périphérie, on le soulève à ce niveau et on l'incise circulairement pour procéder à la dissection de la tumeur de la périphérie vers le centre de sa base d'implantation en commençant par en bas. Cette dissection peut se faire en partie avec les doigts par dissociation du tissu conjonctif voisin de la tumeur, en partie avec le bistouri. Quand on rencontre des tractus plus solides pénétrant dans le néoplasme, ces tractus sont saisis avec des pinces avant d'être coupés. Cette dissection n'est pas très difficile mais assez longue, car il faut mettre un grand nombre de pinces tant sur la manchette séreuse que l'on dissèque, que sur les vaisseaux qui pénètrent de tous côtés dans la tumeur. Çà et là se rencontrent des artères et des veines d'un assez gros volume, des veines surtout. Après l'ablation de cette grosse masse, on attaque successivement trois autres de moindre volume : une en bas, deux en haut et enfin on enlève des petits ganglions dégénérés. Après les nombreuses ligatures nécessaires, on s'occupe de fermer la large ouverture faite au mésentère. La manchette séreuse disséquée sur le pourtour de la tumeur est réunie en travers par une série de points de suture placés en chaîne de droite à gauche, à distance du bord libre dont on excise la portion exubérante, puis le plan des parois abdominales est réuni par une suture à étages. » Les suites sont simples ; six mois après l'opération la malade va très bien.

Dans un cas où il énucléa un lipôme du mésentère le Dr Lauwers agit autrement. Quand la tumeur qui

pesait 6 kilogrammes fut enlevée, il se trouva en présence d'une immense poche à surface sanguinolente qu'il lava avec soin ; il en fit l'hémostase avec un grand nombre de fils de catgut.

Il pratique la suture de la poche de la manière suivante : En haut et en bas où l'incision abdominale dépassait l'incision faite dans la poche de la tumeur, il réunit les lèvres de l'incision abdominale par quelques points de suture séparés à la soie : au milieu il suture de part et d'autre au catgut les bords de l'incision pratiquée dans la poche aux abords correspondants de la plaie abdominale.

Il arriva ainsi d'une part à clore la cavité péritonéale et d'autre part à tenir largement ouverte à l'extérieur la poche profonde résultant de l'énucléation du lipome. Cette poche fut tamponnée à la gaze iodoformée. De temps en temps on enlevait la gaze pour mettre un tampon moins gros ; au bout d'un mois la plaie était cicatrisée..

II. **Morcellement.** — Une autre opération a été proposée et faite dans le cas où à cause d'adhérences on ne pouvait complètement enlever la tumeur. C'est Péan surtout qui employa ce procédé. Dans un cas de tumeur lipômateuse du mésentère du poids de 12 kilogrammes, il essaya d'abord d'énucléer la tumeur, puis, voyant que l'opération menaçait de durer trop longtemps, il fixa deux trocarts en croix à une certaine profondeur dans la tumeur, puis sur eux il serra une ligature en masse qui comprenait le tiers du néoplasme, il excisa au-dessus des fils et reprit par-dessous le travail

d'énucléation et de morcellement jusqu'à ce qu'il fût arrivé dans la profondeur du mésentère. « L'implantation de la tumeur intéresse visiblement toute la longueur de la région lombaire et s'engage dans le bassin sur le côté droit de l'S iliaque et du rectum. L'extraction de cette dernière masse qui était fort volumineuse présente d'énormes difficultés : elle nous contraignit à creuser entre les feuillets dédoublés du mésentère une cavité anfractueuse qui nous conduisit au fond du bassin : cette masse étant traversée par des vaisseaux de plus en plus nombreux, il fallut une trentaine de pinces pour en assurer l'hémostase, ce qui fut obtenu heureusement sans que le malade perdît trop de sang.

La coque séreuse n'avait pas été trop endommagée, mais le décollement nécessité par son dédoublement était énorme, inquiétant et rendait assurées les chances de suppuration. Nous pensions donc à établir un drainage par le cul-de-sac postérieur du vagin.

III. — Dans certains cas, et cela se produit pour les fibrômes, si la tumeur recouverte du péritoine pariétal se pédiculise franchement, il suffit de lier le pédicule de la même façon qu'au hyste ovarique et enfouir ce moignon par un surjet péritonéal. Mais si la tumeur envoyait un prolongement qu'on ne pourrait extirper à cause de ses adhérences, on devrait alors lier le néoplasme aussi bas que possible avec le feuillet péritonéal qui le revêt, exciser la portion qui est au-dessus du fil et abandonner le moignon dans le ventre :

IV. — En Allemagne M. Lanz s'est demandé si l'on ne pourrait pas remplacer dans une certaine mesure le

mésentère par l'épiploon, autrement dit, d'accoler par des sutures l'épiploon à la zone d'intestin privée de son apport vasculaire normal, de créer des anastomoses suffisantes à rétablir la circulation. L'expérience intéressante que voici, lui a permis d'éclairer ce problème : sur un chien, le 3 août 1906, le mésentère est lié et sectionné sur une longueur de trois centimètres au contact de l'intestin, un segment d'épiploon est introduit dans la fente mésentérique, étalé à la surface de l'anse et fixé par des points de suture : pas d'accident consécutif ; le 9 octobre, on va rechercher le même bout d'intestin, on prolonge la section mésentérique de 9 centimètres et l'on suture l'épiploon, sans l'énucléer vers son bord libre, à cette nouvelle portion d'intestin détaché : le 9 novembre on continue la même manœuvre sur une longueur de 14 centimètres : le 30 novembre sur 25 centimètres : ou avait de la sorte isolé de son mésentère un bout total de 50 centimètres d'intestin grêle et réuni l'épiploon sur la même longueur : or, à chaque laparotomie successive, on trouvait le segment intestinal ainsi traité dans l'intervention précédente ayant repris un aspect normal et une contractibilité complète ; l'animal fut sacrifié le 12 mars 1907, au bout de deux mois et demi, l'anse de 50 centimètres s'était raccourci de 10 centimètres, son calibre s'était un peu réduit mais sa séreuse était brillante et macroscopiquement elle ne paraissait pas autrement modifiée.

Ce n'est là qu'un fait et, comme le remarque l'auteur, l'étude expérimentale demanderait de tout autre déve-

loppement. Mais il a eu tout récemment l'occasion d'utiliser chez l'homme ce mode de remplacement du mésentère par l'épiploon et l'observation est curieuse aussi. Il s'agissait d'une malade de 60 ans, très cachectique, atteinte d'une occlusion intestinale chronique attribuée à un cancer de l'angle gauche du côlon. On fit la laparotomie et on découvrit un volvulus de l'S iliaque qui fut détaché et un gros cancer du pylore. On pratiqua la pylorectomie, mais l'adhérence du méso-côlon transverse avec la grande courbure suscita beaucoup de difficultés et finalement le méso-côlon dut être sectionné en travers sur une longueur de 6 à 8 centimètres et l'artère colique moyenne coupée entre deux ligatures ; réséquer le segment correspondant au côlon transverse paraissait être dangereux pour l'état de la malade, après une opération déjà si complexe, en partie désespérée ; et se basant sur les mêmes faits de l'expérience ci-dessus rapportée, M. Lanz ramena le grand épiploon sur le devant du côlon transverse et sutura le bord libre dans la partie de substance mésocolique. Il s'attendait à tout et se tenait prêt à intervenir au premier signe de sphacèle instestinal, les suites de l'opération furent des plus simples et au quarante-troisième jour la malade quittait l'hôpital dans le meilleur état, elle avait repris 7 kilogrammes depuis l'intervention.

La résection intestinale demeure cependant la règle dans des cas de ce genre, mais le fait expérimental et l'opération qui viennent d'être signalés tendent à faire admettre que du moins à titre exceptionnel on pourrait se servir de l'épiploon pour certain néoplasme mésen-

térique, mais une des conditions essentielles c'est que la résection mésentérienne soit peu importante.

V. — Voici maintenant la méthode d'opération préconisée par M. le professeur Monprofit:

On pince de chaque côté de la tumeur l'intestin avec deux pinces, on résèque l'intestin entre ces deux pinces puis on sectionne le mésentère de chaque côté du néoplasme : chemin faisant on lie les vaisseaux que l'on a pu sectionner et on enlève ainsi en même temps la tumeur et l'intestin. Il faudra également disséquer les adhérences qu'elles auront pu contracter avec les organes voisins. La tumeur enlevée, il reste à faire l'abouchement des deux bouts sectionnés.

Chez notre malade nous avons, au moyen d'un fil de lin, fermé les deux bouts intestinaux, par un premier surjet pénétrant total et un second séro-musculaire, puis on pratique l'abouchement latéral.

On pratique au bistouri, à deux centimètres des extrémités de l'intestin, une incision longitudinale de cinq centimètres intéressant seulement la couche séro-musculaire et respectant la muqueuse.

A ce moment quelques artérioles peuvent donner une légère hémorragie qu'une ligature arrête facilement. Souvent même il est inutile de s'en préoccuper : la suture se charge de faire l'hémostase. Réclinant en dehors à l'aide de deux fines pinces à griffes la muqueuse de l'iléon, le chirurgien prend une aiguille munie d'un fil de lin très fin et place un premier point à l'extrémité droite de la ligne suivant laquelle les organes sont jux-

taposés. La séreuse et la musculeuse sont prises en même temps.

On fait ainsi un surjet d'une longueur de 4 à 5 centimètres et pour plus de sûreté on l'arrête deux ou trois fois sur son parcours. Après que le surjet a ét noué, il reste aux deux extrémités de la suture un bout de fil long de 10 centimètres. L'opérateur fait alors au bistouri une boutonnière dans la muqueuse qui vient faire saillie entre les deux lèvres séro-musculaires et agrandit l'incision à l'aide de petits ciseaux fins.

Le deuxième surjet postérieur muco-muqueux est alors pratiqué. Le premier point est le plus difficile à fixer ; mais une fois qu'il est placé, il suffit d'exercer une légère traction sur le fil pour que les deux muqueuses viennent se juxtaposer et se présenter d'elle-mêmes à l'aiguille. Il est noué à son extrémité.

Il s'agit maintenant de reconstituer la paroi antérieure. Le chirurgien pratique un surjet péritonéal total antérieur comprenant toutes les tuniques. On a ainsi uneprise plus solide, et on fait par cela même l'hémostase. Le surjet terminé on noue ses deux extrémités avec les fils du surjet muco-muqueux postérieur. Dès cet instant la continuité de l'intestin est rétablie et la bouche anastomotique fermée.

On fait pour finir une seconde suture antérieure séro-musculaire ce qui est beaucoup plus facile. Le surjet enfouit complètement le précédent, ses deux extrémités sont nouées à celles du surjet séro-musculaire postérieur.

On passe ensuite un fil en coulisse sur le mésentère

et on le serre de façon à fermer la brèche existant entre les deux bouts de *l'intestin*. On peut, c'est ce que M. le professeur Monprofit fait généralement, n'en fermer qu'un et couper l'autre en biseau pour faire une anastomose latérale.

CONCLUSIONS

1° Le myxome pur du mésentère est une tumeur très rare puisque nous n'en n'avons pas trouvé d'autres observations.

2° Il n'existe pas de signe pathognomonique qui puisse faire reconnaître à coup sûr une tumeur solide du mésentère et il est impossible de faire le diagnostic de myxôme. On pensera à une tumeur du mésentère quand on trouvera réunis les trois signes suivants :

a. — Situation de la tumeur sur la ligne médiane

b. — Sa grande mobilité surtout dans le sens transversal.

c. — Zone de sonorité en avant de la tumeur.

3° L'évolution des tumeurs solides du mésentère est rapide et le pronostic presque fatal.

4° Il faut donc arrêter le plus tôt qu'on le pourra le développement du néoplasme.

Il n'y a point à compter sur les moyens médicaux : il faut intervenir chirurgicalement.

Quel procédé opératoire employer ?

Nous n'en admettons que deux :

a. — L'énucléation de la tumeur quand celle-ci est petite et présente peu d'adhérences.

b. — L'ablation radicale de la tumeur avec l'intestin qui l'entoure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales Soc. belg. de chirurgie. Brux., 1903.
Archives générales de médecine, 1866.
Archives de Virchow, 1865.
ARNOTT. — Transaction of the pathological Society of London, 1869.
AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. *Thèse d'agrégation*, 1886.
BELKOWSKY. — *Rec. méd. de la Suisse romande*, Genève, 1893.
BROQUEHAYE. — *Archives générales de médecine.*
BROCA. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1820.
BROOKLOUSE. — *Bristish med. Journal*, 1850.
Bulletin de la Société anatomique, 1850.
CANTHAN. — *Medical News*, 1895.
COOPER. — Foster. Trans. of. path. Society of London. 1865,
CORNIL ET RANVIER. — Histologie pathologique.
DEFFAINS. — Kyste du mésentère, *Thèse de Paris*, 1890.
DELAGENIÈRE. — *Bulletin Soc. anat. de Paris*, 1890.
DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.
HARTMANN. — *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1891.
HEURTEAUX. — *Archives provinciales de chir.*, 1893.
HAMARS. — *The Lancet*, 1883.
LANCE. — Exclusion de l'intestin. *Thèse de Paris*, 1903.
LANCEREAUX. — Traité d'anatomie pathologique.
LAUWERS. — Bulletin de l'Ac. royale de médecine de Belgique, 1891.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.
MADELUNG. — *Berlin Klin. wochenschrift.*
MASSET. — Fibromes du mésentère. *Thèse de Lille*, 1894.
MEREDITH. — *The Lancet*, 1887.
MAYNIER. — *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1850.
MONPROFIT. — C. R. du XX[e] cong. français de chirurgie, 1907.
Œuvres d'Octaves TERRILLON, 1898.
PÉAN. — Tumeurs du mésentère. *Gazette des hôpitaux*, 1886.
— *Bulletin de thérapeutique*, 1885.
— Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.
— Clinique chirurgicale.
PEYROT. — *Société de chir.* Paris, 1892.
POIRIER. — Traité d'anatomie.
POTHERAT. — *Bullletin de la Soc. de chir.*, 1894.
Revue de chirurgie, 1900.
ROBERTS. — *Med. News Philad.*, 1891.
ROUX. — Congrès français de chir. 1903.
SPENCER WELLS. — Transpathol. Soc. London, 1863.
— *Brit. med. Journal*, 1882.
TERRIER. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1890.
TERRILLON. — Leçons clin. de chirurgie, 1889.
WALDEYER. — *Arch. de Virchow*, 1865.
WIGGLESNORTH. — *The Lancet*, 1885.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie,
LIARD

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris